

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N^o 27

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 novembre 1903, à 1 heure

Par J. BOURDINIÈRE

Ancien interne des hôpitaux de Rennes
Né à Mézières le 3 avril 1879.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } MM. DÉJERINE, professeur.
 } WALTHER et TEISSIER, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1903

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Operations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	CHANTEMESS.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFUY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER et FARABEUF.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	Vaquez
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMLIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des trav. anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE ET A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Un cas d'œsophagotomie externe que nous avons observé l'hiver dernier, dans le service de M. le Dr DAVYOT à l'Hôtel-Dieu de Rennes, la répétition fréquente de cette opération les années précédentes tant à l'hôpital qu'à la clinique Sainte-Anne, les discussions nombreuses qui ont eu lieu ces mois derniers à la Société de chirurgie concernant le traitement des corps étrangers de l'œsophage, nous ont donné l'idée de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de cette question.

Nous avons été frappé du nombre considérable de travaux qui ont été publiés sur ce sujet. Plus de huit thèses, en effet, ont paru depuis dix ans où leurs auteurs s'attachent à l'étude approfondie des corps étrangers de l'œsophage. La plupart envisagent la question à un point de vue spécial : les uns s'occupent principalement des procédés d'extraction des corps étrangers (*thèse de Sautieux*) ; d'autres de leur nature (*thèse de Channac*) ; du lieu d'élection où s'arrêtent les corps dans l'œsophage (*thèse de Gail-*

lard) ; des fistules et rétrécissements cicatriciels consécutifs à leur extraction (*thèse de Sanquirico*).

Il résulte de ces travaux qu'un grand nombre de points ont été mis en relief et sont devenus indiscutables. On sait notamment que la nature des corps étrangers de l'œsophage est des plus variées ; que par ordre de fréquence on observe les pièces de monnaie, les pièces dentaires artificielles et les fragments d'os ; qu'entre les mains d'enfants ou d'aliénés les corps les plus bizarres ont été introduits dans le tube digestif et que si quelques-uns ont pu y circuler sans amener de troubles sérieux, bon nombre ont été arrêtés dans leur marche et ont parfois occasionné des accidents de la dernière gravité. On sait aussi que dans la majorité des cas on rencontre le corps étranger au voisinage de la fourchette sternale au niveau du deuxième rétrécissement de l'œsophage, exceptionnellement et par ordre au niveau du premier et du troisième rétrécissement.

Néanmoins, malgré toutes ces recherches, les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la conduite à tenir dans le traitement des corps étrangers de l'œsophage et tous apportent à l'appui de leur opinion de nombreux cas suivis de guérison. C'est pourquoi nous passerons en revue l'histoire clinique des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et les phénomènes auxquels donne lieu leur séjour dans cet organe, puis nous étudierons les diverses méthodes de traitement de ces corps étrangers et en particulier les indications de l'œsophagotomie externe. Nous continuerons par l'étude du manuel opératoire et du procédé de choix employé

par M. le Dr DAYOT. En terminant, nous dirons un mot des complications consécutives à l'œsophagotomie externe et en particulier des complications pulmonaires et digestives que nous avons relevées le plus fréquemment dans nos observations.

Mais avant d'aborder notre sujet, c'est pour nous un devoir agréable de remercier les maîtres qui nous ont enseigné la médecine et envers lesquels nous avons contracté une grande dette de reconnaissance.

Nous devons remercier particulièrement M. le docteur DAYOT, le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes qui nous inspira le sujet de cette thèse et à l'obligeance duquel nous devons les observations qui y sont publiées. L'année d'internat que nous avons passée dans son service comptera parmi les meilleures et surtout parmi les plus profitables de nos études. Maître bienveillant, il n'a cessé de nous prodiguer ses conseils et de nous faire part de sa longue expérience.

Nous ne saurions oublier l'année d'internat que nous avons passée dans le service de M. le professeur BRUTÉ DE RÉMUR et les leçons pratiques d'ophtalmologie que ce maître nous a données. Nous le prions de recevoir ici l'hommage de notre affection et de notre reconnaissance.

M. le Dr BERTHEUX nous a toujours porté intérêt ; il n'a jamais manqué l'occasion de nous faire part de sa haute science, essayant de faire pénétrer dans notre esprit quelques parcelles de ses connaissances. Nous garderons toujours le meilleur souvenir de l'année d'externat que nous avons passée avec lui.

M. le professeur PERRIN DE LA TOUCHE, directeur de l'École de médecine de Rennes, nous accueillit dans son service et nous le remercions de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous remercions également M. le Dr LHUISSIER qui nous a aplani les difficultés de l'anatomie ; M. le Dr BODIN à qui nous devons de connaître la dermatologie, MM. les Drs PERRET et VÉRON nos maîtres en accouchements dont nous avons pu goûter et apprécier les savantes leçons.

Nous tenons enfin à apporter à la mémoire de MM. les Drs DELACOUR et AUBRÉE qui furent nos premiers maîtres l'hommage de nos regrets.

M. le professeur TILLAUX nous a fait le plus grand honneur en acceptant de présider notre thèse ; nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE I

Histoire clinique des corps étrangers de l'œsophage et phénomènes auxquels donne lieu leur séjour dans cet organe.

Rien n'est plus variable que les signes fournis par l'arrêt des corps étrangers dans l'œsophage. Cependant on peut ramener ces signes à deux types cliniques qui constituent la très grande majorité des cas.

Le premier débute à grand fracas et aboutit souvent à une mort rapide soit par asphyxie, soit par hémorrhagie foudroyante. D'aucunes fois tous les autres symptômes sont relégués au second plan par l'intensité de la dyspnée. Le corps étranger est alors le plus souvent très volumineux et comprime le larynx ou la trachée ; les phénomènes dyspnéiques sont tellement accusés que l'on serait porté à les attribuer à un obstacle trachéal plutôt qu'à un corps étranger de l'œsophage. Plusieurs cas, d'après Channac, ont été rapportés dans lesquels on a fait la trachéotomie dans ces circonstances, sans résultat bien entendu. D'autres fois survient une hémor-

rhagie foudroyante, le corps étranger ayant perforé l'aorte ou un gros vaisseau ; les malades sont pris d'hématémèses ou d'hémoptysies rapidement mortelles. C'est là le plus petit nombre des cas.

Le second type clinique est de beaucoup le plus fréquent. On constate peu de symptômes immédiats. Ce sont les signes fonctionnels qui sont les plus constants : il y a de la dysphagie surtout pour la déglutition des aliments solides ; la douleur souvent vague et mal localisée peut se rencontrer pourtant en un point fixe qui est en rapport assez exactement avec le point d'arrêt du corps étranger. La dyspnée est modérée lorsqu'elle existe ; elle peut faire défaut. Quelquefois il n'y a pour ainsi dire aucun symptôme net d'obstruction œsophagienne ; le malade a seulement ressenti au moment de la déglutition du corps du délit une angoisse avec étouffement et tout rentre dans l'ordre.

Tous les cas publiés dans nos observations rentrent dans le second type clinique. Quelques vomissements au début de l'accident accompagnés d'une légère oppression, l'impossibilité d'avaler des aliments solides : tels sont les symptômes qui ont été le plus fréquemment observés.

Que va-t-il se passer lorsque le corps étranger, arrêté dans l'œsophage, séjourne dans cet organe ? Sautieux parle des hémorrhagies que peut déterminer le séjour du corps étranger et il relate l'histoire d'un jeune homme de 22 ans, vigoureux, bien portant, qui affirmait avoir avalé une pièce de cinq francs. Il refuse de se faire opérer et seize jours après, il est pris d'une hématémèse

abondante qui l'emporta en une demi-heure. Même sort est réservé à un malade qui avait avalé son râtelier. Ce fut aussi la fin d'un colporteur qui avait un morceau de bœuf bouilli arrêté dans l'œsophage. L'opération fit découvrir un morceau d'os triangulaire de quatre centimètres de côté. La mort survint cinq jours après par hémorrhagie.

Channac insiste sur les désordres locaux parfois très graves qui peuvent survenir. « Du côté de l'œsophage, dit-il, le corps étranger détermine par sa présence l'inflammation puis l'ulcération de la muqueuse. La putréfaction des résidus alimentaires retenus à son voisinage amène des phénomènes infectieux et exalte le microbisme latent dans ce foyer de moindre résistance.

Les parois de l'œsophage sont envahies par le pus ; celui-ci peut fuser dans le tissu cellulaire périœsophagien et donner lieu à des abcès ayant de la tendance à envahir le médiastin. » Et il cite ces deux exemples empruntés à Félizet. Un petit garçon ayant gardé dix jours une pièce de cinq centimes dans son œsophage mourut d'un volumineux abcès dans le médiastin postérieur. Un autre enfant avait avalé un sou qui était resté dix mois dans son œsophage. En dernier lieu, il se forma un volumineux abcès latéral au siège de l'obstruction.

Malgré tous ces faits, nous avons été frappé du petit nombre d'hémorrhagies et d'infections produites par le séjour du corps étranger.

L'œsophage, au contraire, nous semble d'une tolé-

rance vraiment remarquable, ainsi que le témoigne le résumé des observations suivantes.

Dans un cas de Schmiegelow, un paysan avait avalé un râtelier qui ne fut extrait par l'œsophagotomie que quatorze jours après, sans aucune complication. Kronlein rapporte ce fait : Heinrich S..., 50 ans, déglutit un morceau d'os le 25 avril 1891. Il attendit jusqu'au 29, époque à laquelle on lui fit cinq tentatives d'extraction qui ne réussirent qu'à enfoncer le corps plus profondément. A la suite de cet insuccès, il attend encore 16 jours et consent enfin à se faire opérer. Il fut guéri en quatorze jours. Chavier raconte l'histoire d'un soldat qui avait avalé son râtelier. Il ne fut opéré qu'un mois après l'accident et guérit très rapidement.

Gaillard publie dans sa thèse plusieurs cas où l'opération n'a été pratiquée que huit jours après l'arrêt du corps étranger et dans le septième il cite le cas d'un enfant de six ans qui avait avalé un sou trois ans et trois mois avant que l'œsophagotomie fût pratiquée. L'enfant guérit avec un léger rétrécissement sans que depuis lors la déglutition ait été gênée. Dans la 14^e observation, il s'agit d'une femme qui avala une pièce dentaire le 4 mai 1884 pendant qu'elle donnait le sein à son enfant. Elle ne consentit à l'opération que le 30 janvier 1890, date à laquelle fut pratiquée l'œsophagotomie avec succès. Le corps étranger avait donc séjourné dans l'œsophage l'espace de cinq ans et demi.

En juin 1892, raconte Abbé dans le *New-York médical*, se présente à l'hôpital un homme de 35 ans, se plaignant de dysphagie, émacié et considéré comme phtisique à la

dernière période. La sonde métallique révéla la présence d'un corps étranger arrêté dans son œsophage et le malade dit se rappeler que l'année précédente il s'était enivré un jour et avait perdu son râtelier. L'œsophagotomie fut pratiquée avec succès et fit découvrir le dentier.

Dans les observations de Channac, on relève des faits aussi curieux. Joseph C... âgé de deux ans et demi, n'est opéré que 9 jours après avoir dégluti une pièce de deux centimes. Maurice C... âgé de quatre ans est porteur d'une pièce d'un sou enclavée depuis 15 jours dans son œsophage. Ce n'est qu'après de nombreuses tentatives d'extraction qu'il est débarrassé de son corps étranger. Maurice C... âgé de quatre ans n'est opéré à l'Antiquaille que 10 jours après avoir avalé une pièce de monnaie que la radiographie montre arrêtée au niveau de la fourchette sternale.

Plus démonstratif encore est le tableau comprenant 55 cas d'œsophagotomie de 1890 à 1899, publié par Sanquirico. Dans ce tableau, en effet, on trouve comme temps écoulé entre l'accident et l'opération des dates telles que 12 jours, 18 jours, 4 mois, 8 mois, 9 mois, 22 mois, 5 ans et 9 mois.

Dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* du 30 octobre 1901, un rapport de Lejars signale un cas d'œsophagotomie pratiqué par Sébileau chez un enfant de trois ans pour un corps étranger qui séjournait depuis 24 jours dans le conduit œsophagien.

En juillet 1902, M. Poirier faisait l'œsophagotomie chez une fillette de 30 mois qui avait avalé

73 jours auparavant une pièce d'argent d'un franc.

Enfin nous trouvons un rapport de Tuffier en mars 1903 où celui-ci rapporte une observation recueillie par le Dr Kallionzis d'Athènes dans laquelle il relate le cas d'un enfant de 6 ans qui avait, au dire des parents, avalé un sou juste six mois auparavant. Les médecins consultés avaient pensé que le corps étranger descendrait dans l'estomac et aucune tentative d'extraction n'avait été faite. L'enfant souffrait toujours et accusait une douleur fixe dans la région dorsale ; il ne pouvait se nourrir que de lait et de bouillie, ce qui, joint à son amaigrissement progressif, conduisait la famille du petit malade à réclamer une intervention chirurgicale. Le 25 novembre, M. Kallionzis réussissait à accrocher le sou avec le panier de Graefe et l'enfant guérit sans incident. Tuffier fait remarquer que cette observation présente un intérêt tout particulier dans la tolérance remarquable du conduit œsophagien pour les corps étrangers.

Dans notre observation n° 1, le chirurgien qui avait pratiqué l'opération pour la seconde fois sur le même sujet plus de quinze jours après l'accident et avait trouvé la pièce de monnaie en avant de la colonne vertébrale avait été lui-même frappé de ce fait.

Comment expliquer cette tolérance de l'œsophage ? Le processus infectieux que détermine en général l'irritation d'un organe par le séjour inaccoutumé d'un corps étranger n'est pas, croit Sébilleau, le processus ordinaire dans les cas de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Du moins, ne répond il pas aux constata-

tions qu'il a faites ni aux observations précédentes.

Il est, dit-il, en contradiction avec ces deux points connus de l'histoire des corps étrangers œsophagiens : le premier, c'est que beaucoup de ces corps sont longtemps tolérés ; le second, c'est qu'on les a vus très souvent pénétrer dans un organe voisin de l'œsophage par simple usure des parois, sans formation purulente. Il se fait entre le corps étranger et les parois de l'œsophage avec lesquelles il se trouve en contact des adhérences fibreuses très solides, qui finissent par se confondre avec le tissu conjonctif périœsophagien, et qui quelquefois, vont jusqu'à englober la carotide elle-même. Il se produit une réaction inflammatoire, mais non suppurée du tissu cellulaire périœsophagien, conduisant par étages à l'adhérence, puis à la fusion de l'œsophage avec la séreuse péri vasculaire, et avec les organes environnants. Les parois de l'œsophage résistent donc d'une manière suffisante à la compression, à l'infection et au travail de nécrose progressive qui les atteint, pour permettre à des lésions de défense de s'organiser autour d'elles.

Il y a là un véritable processus tutélaire qui, dans un certain nombre de cas au moins, assure pour quelque temps l'innocuité des corps étrangers de l'œsophage et permet le succès des œsophagotomies tardives. C'est par ce processus de défense tout particulier, que s'explique la longue tolérance de l'œsophage ; c'est pourquoi aussi l'hémorrhagie et l'infection consécutives à l'arrêt des corps étrangers dans l'œsophage sont observées si rarement.

CHAPITRE II

Des diverses méthodes de traitement des corps étrangers œsophagiens et en particulier des indications de l'œsophagotomie externe.

Nous n'avons point l'intention de faire une étude détaillée des divers moyens employés pour extraire les corps étrangers de l'œsophage ; notre but est de faire ressortir les avantages présentés par l'une ou l'autre méthode. En effet, il semble bien qu'à l'heure actuelle il y ait deux méthodes préconisées pour le traitement des corps étrangers. Jusque vers 1870, une seule méthode était en faveur et il a fallu la savante thèse de Terrier pour faire revivre la seconde car elle était connue, avait même été pratiquée un certain nombre de fois, mais était presque complètement tombée dans l'oubli. Jusqu'à cette époque, le malheureux qui avait un corps étranger arrêté dans son œsophage était voué à une mort presque certaine quand l'opérateur n'avait pu extraire le corps par les voies naturelles ou le refouler dans l'estomac. Grâce à Terrier, l'œsophago-

tomie externe abandonnée fut remise en honneur et actuellement elle est pratiquée d'une façon courante.

Mais si l'œsophagotomie externe, grâce aux perfectionnements de la chirurgie, grâce surtout au développement de l'antisepsie, a rencontré un nombre considérable de partisans, il ne faut point oublier que la première méthode, l'extraction par les voies naturelles ou la propulsion dans l'estomac, a subi de très nombreux perfectionnements. Il semble qu'à l'heure actuelle, une très vive réaction se soit produite contre elle, que pour quelques-uns elle ne doit plus vivre et que tout corps étranger arrêté dans l'œsophage autorise à recourir immédiatement à l'œsophagotomie externe. C'est contre cette prétention que nous voulons nous élever en démontrant les avantages de la première méthode et en déterminant d'une façon minutieuse les indications de la seconde. La première méthode comprend tous les procédés non sanglants mis en usage pour le traitement des corps étrangers œsophagiens. De nombreux chirurgiens la préconisent, soutenant à juste titre que ce procédé va se perfectionnant de jour en jour. Elle comprend deux moyens principaux : l'extraction du corps étranger par les voies naturelles ou sa propulsion dans l'estomac.

A. — EXTRACTION.

« Imitant la conduite du chirurgien qui est appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée et qui

ne le quitte qu'après avoir réduit ou opéré la hernie, le praticien ne doit guère quitter le malade qui a un corps étranger arrêté dans l'œsophage qu'après l'en avoir débarrassé, soit en enlevant ce corps par la bouche, soit en le poussant dans l'estomac, soit enfin en pratiquant l'œsophagotomie externe. » Nous ne pouvons qu'applaudir à cette phrase de Terrier qui nous semble aussi vraie aujourd'hui qu'il y a trente ans. Nous allons voir que les ressources possédées par le praticien pour débarrasser le patient du corps étranger sont suffisantes en général et que rarement, beaucoup plus rarement que dans la hernie étranglée, il a besoin de recourir au bistouri, c'est à dire de pratiquer l'œsophagotomie.

C'est qu'en effet l'emploi des moyens d'extraction s'est beaucoup perfectionné depuis dix ans par la découverte des rayons X. On l'a vu, si l'arrêt des corps étrangers dans l'œsophage détermine quelquefois des phénomènes bruyants, dans certains cas il ne s'accompagne d'aucun symptôme. Et ce n'était pas là une des moindres difficultés que jadis rencontrait l'opérateur. Etant souvent dans l'impossibilité de se rendre compte où siégeait le corps étranger, ignorant même s'il existait, le chirurgien faisait des manœuvres d'extraction ou de propulsion d'une façon aveugle ou s'abstenait parfois de toute intervention.

La littérature médicale renferme plusieurs faits qui prouvent l'embarras du médecin dans certaines circonstances. Témoin cet homme reçu dans un service de médecine pour accès fébriles et léger œdème du

cou et que la formation d'un abcès en cette région fit passer dans le service du professeur Tillaux. L'autopsie quelques jours après vint démontrer que la mort était due à un fragment d'os situé dans l'œsophage un peu au dessus de la crosse aortique (chirurgie clinique de Tillaux).

Dans une autre circonstance, une jeune fille de 21 ans, bien portante d'ordinaire, arrive à l'hôpital disant avoir avalé une épingle. A son entrée, elle accuse des symptômes généraux assez alarmants : oppression, angoisse, douleur, aphonie. Le lendemain, après une bonne nuit, l'exploration complète ne révèle rien dans le conduit pharyngo œsophagien. On est amené à examiner avec plus de soin l'état nerveux de la malade et on finit par reconnaître qu'elle était hystérique.

Nous même avons observé le fait suivant à l'Hôtel-Dieu de Rennes. X... maçon, âgé d'environ 40 ans, entre à l'hôpital en février 1903. Il raconte que la veille au soir, en mangeant la soupe, il a avalé une épingle que sa femme avait égarée sur la table, parmi les tranches de pain. A son arrivée, le malade présente de l'aphonie presque complète, accuse une vive douleur sur le côté gauche du cou et croit sentir lui-même l'épingle en ce point. Un interrogatoire plus approfondi et l'évolution consécutive des symptômes montrèrent que l'histoire était fausse et qu'on se trouvait en présence d'un simulateur.

Ces faits ne peuvent plus se produire aujourd'hui, car heureusement nous avons dans la radiographie un moyen sûr d'investigation et de contrôle. Grâce à

elle, on peut assurer le diagnostic d'une façon absolue et l'on n'a plus à imposer aux malades des manœuvres pénibles, parfois dangereuses et toujours incertaines.

Mais la radiographie, pour donner des renseignements exacts et guider la main du chirurgien doit être pratiquée au moment même de l'opération ou du moins dans un laps de temps très rapproché. Si après l'épreuve, on fait quelques manœuvres d'extraction, si l'enfant a fait des essais de déglutition d'aliments solides, on devra avant de prendre le bistouri s'assurer par un nouvel examen que le corps étranger n'a pas changé de place ; témoin le fait suivant rapporté par Sébilleau dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* du 14 janvier 1903 : Un enfant de 9 ans se présente dans son service avec son épreuve radiographique à la main : la pièce de monnaie était dans le thorax en avant des troisième et quatrième vertèbres dorsales. Sébilleau pratiqua l'œsophagotomie externe le lendemain matin. Il lui fut impossible de trouver la pièce et dut refermer la plaie. Ce voyant, il fit, séance tenante, radiographier l'enfant, décidé à renouveler son exploration et à continuer l'opération si l'épreuve indiquait que la pièce fût encore là..... mais elle n'y était plus : on la voyait dans l'abdomen.

Dans notre première observation, le chirurgien arrivé sur l'œsophage en pratiqua l'incision. Vainement il chercha la pièce de monnaie dans le point indiqué par la radiographie, faite quelques jours auparavant. A plusieurs reprises, il explora sans succès le conduit œsophagien avec une sonde urétrale. Quelques jours

après, une nouvelle radiographie vient révéler que le corps étranger se trouve dans le même point que la première fois mais que la pièce de monnaie a subi une légère déviation du côté gauche. Une nouvelle opération est décidée. Cette fois encore l'œsophage était vide mais le sou fut rencontré en arrière de cet organe tout contre la colonne vertébrale.

On doit donc faire l'épreuve radiographique quand la chose est possible ; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. La radiographie ne semble pas devoir entrer dans la pratique journalière et restera sans doute l'apanage des grands services hospitaliers.

Forcé est de recourir aux moyens simples et ceux-ci sont encore nombreux.

Les vomitifs ont été employés de tout temps et ont joui d'une grande faveur.

Faire reprendre spontanément au corps étranger le chemin qu'il avait suivi avant son arrêt semblait le moyen simple, logique qu'on devait employer avant tout autre. Aussi voit-on les ingestions de tabac précéder dans la thérapeutique l'emploi de l'émétique et de l'ipéca (Sautieux). Que faut-il penser de ce procédé? On est généralement d'accord qu'il est bon de prescrire les vomitifs dans les cas de corps étranger lisse tel que fève, pruneau, noisette, pièce de monnaie ; mais qu'ils doivent être rejetés dans les cas de corps étranger muni de pointes tel que râtelier, dents artificielles, fragments d'os pointus. Dans ces derniers cas, les vomitifs « ne feront que mieux enchâtonner le corps étranger enfonçant ses

aspérités dans les parois œsophagiennes contractées sur elles avec énergie ».

Grâce à un artifice ingénieux, M. Félizet usa avec succès du vomissement dans un cas où l'œsophagotomie paraissait des plus urgentes. Il s'agissait d'un enfant de quatre ans qui avait avalé en jouant une pièce de monnaie. Malgré de nombreux essais d'extraction par les vomitifs, la pièce n'avait pas été rejetée. C'est alors que Félizet réussit à insinuer une sonde entre la pièce et la muqueuse œdématiée et à la pousser jusque dans l'estomac. Laissant la sonde en place, il administra du sirop d'ipéca dans de l'eau tiède; ce qui détermina chez l'enfant des nausées irrésistibles.

On sentit alors que la sonde était puissamment serrée et en même temps que, quand on la tirait, elle amenait « quelque chose ». C'était le sou et le vomissement donnait à la migration du corps étranger un renfort dont les doigts avaient conscience. *Bull. soc. chir.* 1894.

La position déclive aurait donné quelques succès à Aronssohn, médecin militaire; la propulsion directe vers le pharynx, le massage du conduit œsophagien à travers les parois du cou et au dessous de l'obstacle, tendant ainsi à le faire rétrograder vers la bouche ont réussi dans quelques cas entre les mains de Pollikier. Nous croyons volontiers que ces moyens doivent être employés mais nous avons peu confiance dans le succès de leur emploi.

Mentionnons plusieurs pinces inventées spécialement, entre autres la pince de Tiemann et celle de Collin qui

permettent de saisir solidement le corps étranger. Le crochet œsophagien de Kirrison est un des instruments les plus simples et les plus fréquemment employés.

Le balai ou parapluie de Fergusson donne quelquefois de bons résultats quand il s'agit d'arêtes, d'épingles, de corps minces et pointus. Le pessaire à air de Gariel et surtout l'éponge préparée qui est d'un montage facile ont pu suffire dans un assez grand nombre de cas pour légitimer leur emploi.

Mais de tous les moyens d'extraction par les voies naturelles mis en usage, le plus important et le plus facile à manier est sans contredit le panier de Graefe : aussi voulons-nous lui réserver une place spéciale dans ce chapitre.

M. de Saint-Germain condamne son emploi : « Il se prête, dit-il, facilement à l'introduction, mais ses bords saillants et écartés s'opposent au retrait de l'instrument. »

Pour Sébilleau tout ce qui n'est pas un cas récent contre-indique l'usage du dangereux panier de Graefe dont l'aveugle cheminement dans l'œsophage peut, soit en frayant un passage, soit en arrachant la pièce de monnaie, dilacérer les parois et les organes auxquels elle adhère. On va plus loin et quelques chirurgiens recourent d'emblée à l'œsophagotomie externe sans faire aucune tentative d'extraction avec le panier de Graefe. Il est vrai que la littérature médicale renferme plusieurs cas où son emploi a provoqué des accidents.

Félizet raconte qu'en essayant de retirer un sou de

l'œsophage d'un enfant de deux ans avec le panier de Graefe, celui-ci pénétra bien mais resta enclavé.

M. Piéchaud a connaissance d'un fait où le panier de Graefe dirigé chez un enfant de 8 ans sur une pièce de cinq centimes arrêtée vers la partie moyenne de l'œsophage ne put la mobiliser, resta arrêté sur elle quelques instants et finalement produisit une déchirure suivie d'un pyothorax mortel.

Créquy put également contrôler par l'autopsie une déchirure des parois de l'œsophage produite par l'emploi du panier de Graefe.

Enfin le musée de l'hôpital Trousseau renferme la pièce anatomique d'un enfant qui avait avalé, en 1894, une pièce de cinq centimes. L'extraction ne put être faite et le panier fit pénétrer le sou à travers les parois œsophagiennes dans le tissu cellulaire périœsophagien. L'enfant mourut le lendemain matin.

Nous reproduisons à dessein ces observations qui prouvent que le panier de Graefe n'est pas toujours sans danger, mais nous ne pouvons admettre, malgré ce qu'écrit Channac, que si l'on mettait d'un côté les cas heureux où l'extraction a pu être faite avec le panier, d'un autre ceux où les tentatives ont été infructueuses, la balance pencherait du côté des succès. Cette opinion est difficile à admettre surtout lorsqu'on pense que le panier de Graefe doit être réservé pour l'extraction des corps lisses, réguliers et de petit volume.

Il suffit de lire la communication de Lannelongue à la Société de chirurgie, en 1880, où l'auteur raconte

qu'il a extrait facilement 13 pièces de monnaie chez des enfants et ajoute que « cet instrument lui paraît convenir surtout pour les corps ronds de circonférence assez épaisse. » Dans toutes les circonstances où il s'est trouvé en présence d'un corps étranger dans l'œsophage, il a réussi soit avec le panier de Graefe, soit avec des pinces ou crochets à se tirer d'embarras.

Mage, dans sa thèse parue en 1896, rapporte quatorze observations de corps étrangers œsophagiens dont l'extraction a été pratiquée avec le panier de Graefe. Plusieurs de ces corps séjournaient dans l'œsophage depuis plusieurs jours.

Le 15 décembre 1897, Jalaguier relate, devant les membres de la Société de chirurgie, l'observation d'une pièce de cinq centimes qu'il a extraite, après 16 jours, avec le panier de Graefe. « Je ne vous aurais pas présenté cette observation qui est banale, dit-il, s'il ne m'avait semblé intéressant de vous montrer en même temps que le corps étranger cette belle épreuve radiographique. D'autre part, j'ai saisi cette occasion de réhabiliter une fois encore le panier de Graefe qui est un instrument excellent et complètement inoffensif à condition de le manier avec prudence. Je m'en suis servi bien souvent et je n'ai jamais eu à le regretter. »

Le Dr Laval extrait un fragment d'os et quelques mois plus tard un os de mouton avec le panier de Graefe sans aucune difficulté.

Enfin Kallionzis d'Athènes réussit à accrocher avec le panier une pièce de monnaie avalée par un enfant,

juste six mois auparavant et à l'extraire après une traction un peu énergique.

Tous ces faits prouvent suffisamment que le traitement en quelque sorte médical des corps étrangers de l'œsophage existe et que malheureusement peut-être on a tendance de nos jours à employer le procédé sanglant d'une façon immédiate ; aussi partageons nous l'avis que M. le professeur Tillaux donnait à ses élèves il y a quelques mois que tout médecin devrait avoir chez lui le panier de Graefe, que c'est là un instrument indispensable et presque toujours suffisant.

B. — PROPULSION.

Nous insisterons peu sur la propulsion dans l'estomac des corps étrangers de l'œsophage. Cependant, elle peut être employée avec succès dans certaines circonstances surtout lorsqu'on a affaire à des corps ronds. Elle est connue depuis fort longtemps, et nous voyons Ambroise Paré se servir avec succès d'un poireau, en même temps qu'il donnait quelques coups de poing dans le dos, entre les deux épaules, pour faire tomber dans l'estomac un gros morceau de boyau qui s'était arrêté au commencement de l'œsophage et produisait des symptômes de suffocation. Ce sont là des moyens d'exception ; on se sert d'ordinaire pour cet usage, de sondes plus ou moins rigides ou de pinces qui remplissent le même office.

La propulsion se pratique encore en faisant déglutir

des matières semi liquides, destinées à enrober le corps étranger et à faciliter son glissement. On trouve un grand nombre d'observations où la déglutition de matières grasses, d'huile, de bouillie, a suffi pour guérir le patient.

Desprès trouve que « M. Lannelongue s'est mis bien inutilement en frais de procédés pour extraire les corps étrangers de l'œsophage ». Il y a quelques jours, on lui amène un enfant qui venait d'avaler un sou ; il le renvoie chez ses parents en leur recommandant de lui faire manger une bouillie épaisse, et d'avoir soin de regarder tous les jours dans ses garde-robes. Trois jours après, on lui apportait le corps étranger qui, en effet, avait été rendu avec les selles.

M. le professeur Tillaux relatait naguère dans ses leçons, qu'il avait réussi à refouler dans l'estomac un corps étranger arrêté dans l'œsophage chez la femme d'un de ses amis. L'accident remontait à quatorze jours environ, et la guérison fut aussi rapide que certaine.

Néanmoins, il faut agir avec prudence, et Sautieux cite deux observations destinées à montrer à quelles extrémités peut conduire l'absence de modération dans les manœuvres employées. Dans la première, il s'agit d'une femme qui, dans une crise d'hystérie, avait avalé son râtelier. Elle subit des tentatives d'extraction et de propulsion qui ne s'arrêtèrent qu'en présence d'une hémorrhagie des plus abondantes. Elle mourut deux jours après, et à l'autopsie, on trouva une déchirure de l'œsophage, d'au moins 6 centimètres, donnant accès dans le médiastin et la plèvre gauche. Dans la deuxième

observation, il s'agit d'une femme de 60 ans, qui avait avalé une épingle. Un médecin se livra à des tentatives répétées pour l'extraire; il se servit d'abord d'une pince, puis de divers instruments. Au cours de ces manœuvres qui furent très douloureuses, la malade rendit une énorme quantité de sang, et mourut 56 heures après. A l'autopsie, on trouva une perforation de l'œsophage avec pleurésie purulente droite.

C. — INDICATIONS DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE.

De l'étude que nous venons de faire des moyens employés pour extraire les corps étrangers de l'œsophage résultent les indications de l'œsophagotomie externe. Loin de nous la pensée de considérer cette opération comme un pis-aller alors que tous les autres moyens ont échoué. L'œsophagotomie externe est une opération bien réglée, qui bien que délicate, s'accompagne presque toujours de succès et présente un pourcentage de guérisons très élevé. Quand devra-t-on la pratiquer? Nous répondrons avec Channac que ses indications découlent surtout de la nature du corps étranger.

S'agit-il, en effet, d'un corps volumineux, distendant l'œsophage et empêchant la moindre tentative d'introduction d'un instrument, la seule intervention possible sera l'œsophagotomie. S'agit-il d'un corps irrégulier, à bords tranchants ou muni d'aspérités; là encore on devra recourir à l'intervention sanglante.

Le jeune âge est-il une contre-indication ? Faut-il penser avec Félizet qu'elle est impossible chez un enfant de quatre ans parce que, chez lui, le segment supérieur de l'œsophage ne mesure que deux centimètres ?

Nous ferons remarquer avec Channac que si on étale la région, en soulevant les épaules du patient et en portant sa tête en arrière et à droite, il y a de l'angle de la mâchoire à l'articulation sterno-claviculaire une longueur d'au moins neuf centimètres. D'ailleurs de nombreux exemples d'œsophagotomie externe pratiquée avec succès chez l'enfant sont là pour légitimer son emploi.

A quel moment faut-il intervenir ? La plupart des auteurs répondent qu'il faut intervenir immédiatement ou le plus tôt possible. La lecture des observations publiées nous font partager cet avis ; d'ailleurs pourquoi différer l'opération qui reste la seule planche de salut, surtout lorsque les autres moyens ont échoué ? Nous avons vu cependant un grand nombre d'observations où l'œsophagotomie externe a été pratiquée avec succès entre des dates variant de un mois à plusieurs années. Nous avons expliqué ailleurs cette grande tolérance de l'œsophage.

CHAPITRE III

Manuel opératoire de l'œsophagotomie externe et soins consécutifs.

Nous ne voulons point ici refaire en détail l'histoire de l'œsophagotomie externe ni décrire tous les modes opératoires. D'autres auteurs nous ont précédé dans cette voie. Nous nous contenterons de rappeler que l'œsophagotomie, d'origine bien française, fut un instant abandonnée dans notre pays alors qu'en Amérique et en Angleterre elle continuait à être pratiquée d'une façon courante.

Nous ne pouvons mieux faire pour résumer la longue histoire de l'œsophagotomie externe jusqu'en 1870 que de la diviser, comme l'a fait Terrier, en quatre périodes.

Une première période commence avec Stoffel et Verduc ; l'opération est préconisée pour combattre les rétrécissements et retirer les corps étrangers de l'œsophage. Quelques cas suivis de succès sont publiés ; aussi les praticiens de la fin du XVIII^e siècle acceptent-ils presque tous l'œsophagotomie externe.

Une deuxième période répond aux premières années du dernier siècle ; l'opération est discréditée surtout par les chirurgiens français, en tête desquels on peut citer Boyer.

La troisième période date des travaux de Bégin et d'Arnott ; l'opération fut remise un moment en honneur. Mais les revers furent publiés et les auteurs classiques ne firent rien pour encourager les praticiens ; aussi arrivons nous à une dernière période dans laquelle l'œsophagotomie externe est abandonnée de nouveau en France.

Il faut ajouter que depuis la thèse de Terrier parue en 1870, l'œsophagotomie externe est sortie de l'oubli dans lequel elle était tombée.

Cette opération est encore peu pratiquée en France jusqu'en 1880 ; mais dès 1889, on connaissait déjà 120 observations d'œsophagotomie externe publiées.

En 1894, Egloff en portait le nombre à 135 et cinq ans plus tard, en 1899, Sanquirico en réunissait 190. Depuis lors, cette opération est devenue d'un usage courant de telle sorte que les chirurgiens négligent de publier leurs observations et que le chiffre d'œsophagotomies pratiquées est devenu impossible à établir.

Les auteurs classiques réduisent à deux procédés principaux le manuel opératoire de l'œsophagotomie externe : le procédé de Nélaton et Berger et le procédé de Terrier. Nous allons examiner successivement ces deux procédés et voir quelles modifications peuvent y être apportées.

D'après Nélaton et Berger l'œsophagotomie externe

serait peut-être plus facile si au lieu de faire l'incision sur les parties latérales du cou, on procédait de la manière suivante :

1° Diviser les téguments sur la ligne médiane comme on le fait dans la trachéotomie en donnant seulement à l'incision un peu plus d'étendue ; 2° séparer dans le même rapport les deux muscles sterno-hyoïdiens que l'on écarte et que l'on peut même diviser transversalement pour agir avec plus de facilité ; cela fait, l'isthme du corps thyroïde sera mis à nu ; 3° faire passer sous cette partie une aiguille mousse entraînant un fil double ; 4° diviser l'isthme entre deux ligatures ; 5° la trachée étant alors mise à nu, décoller avec un instrument le lobe gauche du corps thyroïde en contournant la trachée. Au fond de ce décollement, se trouve nécessairement l'œsophage.

Dans le procédé de Terrier, l'incision tégumentaire est faite parallèlement au bord du sterno cléido mastoïdien et à un demi-centimètre en avant de lui. Elle commence à un ou deux centimètres au dessus de l'articulation sterno claviculaire et s'élève jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. On divise ensuite, couche par couche, en sectionnant au besoin l'omohyoïdien. On doit éviter les artères thyroïdiennes inférieure et supérieure qui sont situées à chacun des angles de la plaie. A mesure que le chirurgien avance vers les parties profondes, l'aide placé à droite, rétracte de son côté la trachée, le larynx et le lobe correspondant de la glande thyroïde. De son côté, l'opérateur attire à lui et maintient en dehors la partie gauche de

la solution de continuité et protège ainsi les gros vaisseaux et les nerfs importants de la région.

Il est superflu d'insister sur les autres détails de l'opération, sur les précautions à prendre afin d'éviter les gros vaisseaux, sur la manière d'ouvrir l'œsophage car ils sont décrits par un grand nombre d'auteurs.

On rencontre un grand nombre de partisans de l'un et l'autre procédé.

M. le professeur Berger insiste sur les difficultés qu'on trouve, en faisant l'incision latérale, chez la femme dont le corps thyroïde est souvent beaucoup plus développé que chez l'homme. De son côté, Th. Anger conclut en disant : « J'ai employé l'incision latérale et je n'ai eu aucun ennui pour découvrir l'œsophage. »

Mais on peut en avoir, surtout lorsqu'on sait que les lésions d'œsophagite et de péri-œsophagite peuvent être très développées et que les adhérences peuvent former un seul bloc avec la carotide et les organes environnants. « Il peut exister, dit Sébilleau, une véritable atmosphère inflammatoire autour de la région viscérale du cou ; en dedans, l'artère se confond d'une manière plus ou moins intime avec l'ensemble trachéo-œsophagien et, comme je l'ai observé deux fois, peut y adhérer tout à fait. Le nerf récurrent lui même peut être pris au milieu des phénomènes inflammatoires. »

C'est pourquoi il semble nécessaire d'avoir un point de repère sûr qui permet au chirurgien d'atteindre facilement l'œsophage. En pratiquant l'incision latérale, on se guide principalement sur le nerf récurrent. Dans nos

observations, le chirurgien qui a pratiqué l'œsophagotomie externe a pensé que le nerf pouvait servir quelquefois à guider sa main mais qu'en suivant la trachée on arrive beaucoup plus sûrement sur l'œsophage. Il a donc fait non une incision latérale sur le bord antérieur du sterno cléido-mastoïdien, non une incision médiane comme pour la trachéotomie mais une incision mixte antéro latérale, un peu en dehors de la ligne médiane. Il arrive ainsi facilement à mettre à nu le bord gauche de la trachée et aperçoit en même temps le nerf récurrent. Connaissant les rapports étroits qui existent entre la trachée et l'œsophage, il ne tarde pas à découvrir celui ci qui fait une légère saillie à gauche et arrive ainsi à le saisir et à l'inciser.

Et de fait, écrit Lejars en gros caractères dans son *Traité de chirurgie d'urgence*, c'est la trachée qui constitue le meilleur repère pour trouver l'œsophage aplati, grisâtre et dont l'aspect surprend et déconcerte quand on pratique pour la première fois l'œsophagotomie externe. Dans tous les cas, on se souviendra qu'entre la trachée et la colonne vertébrale, il n'y a que l'œsophage.

Quant à l'isthme du corps thyroïde, M. le Dr Dayot n'en pratique point la section ; il se contente de disséquer le lobe gauche et de le faire récliner par son aide.

Ce procédé opératoire présente un avantage particulier qui, dans certains cas, peut rendre au malade un service très important. La présence de la trachée que le chirurgien a sous le doigt permet de pratiquer instantanément la trachéotomie. D'autant plus qu'il n'est

pas rare de voir se produire l'asphyxie due à l'anesthésique, le voisinage de l'arbre respiratoire rendant cette asphyxie plus fréquente.

Les deux cas suivants publiés dans nos observations font ressortir mieux encore l'avantage de ce procédé.

Dans l'un, il s'agissait d'un dentier assez volumineux que le malade avait dégluti la veille pendant son sommeil. L'œsophagotomie externe avait été pratiquée suivant le procédé indiqué ci dessus, c'est à dire en faisant une incision antéro latérale et en se servant de la trachée comme point de repère. L'œsophage avait été ouvert, mais, malgré tous les efforts, le dentier qui était muni d'aspérités n'avait pu être entraîné au dehors. Force fut au chirurgien d'imprimer au corps étranger avec une pince des petits mouvements destinés à le faire basculer. Après un effort plus violent, la pièce se détacha tout à coup et tomba dans l'arrière pharynx. Aussitôt le patient fut pris de suffocation et l'asphyxie était imminente. Le chirurgien allait être obligé de faire la trachéotomie lorsqu'il réussit à saisir le dentier avec une pince et à l'extraire par la bouche.

Dans l'autre cas, la trachéotomie fut pratiquée chez un enfant qui avait avalé une fève. Au milieu de l'opération, l'enfant est pris d'un spasme de la glotte et allait infailliblement succomber si la trachéotomie faite rapidement ne lui avait sauvé la vie.

A. — SUTURE DE L'ŒSOPHAGE.

Faut-il pratiquer la suture de l'œsophage ? Tous les auteurs qui ont traité l'œsophagotomie externe se sont posés cette question et il est curieux de voir comme chacun l'a résolue.

Vu le peu de succès obtenu en faisant la suture, écrit Channac, celle-ci a été à peu près abandonnée par les auteurs. Frœlich, Chaput, Schramm, Reboul, Gorski s'en sont abstenus. M. Nové-Josserand la repousse d'une façon à peu près systématique.

Au contraire, Gross de Philadelphie conseille de faire la suture des lèvres de la solution de continuité de l'œsophage. « Dès que la plaie est nettoyée, dit-il, et que le sang est arrêté, les bords de l'incision œsophagienne seront réunis par plusieurs points d'une suture interrompue faite avec un fil de soie fin mais résistant. »

M. Lejars fait une distinction. « Quand la paroi est gravement altérée par un contact prolongé du corps étranger ou que les tissus péri-œsophagiens sont infiltrés et phlegmoneux, laissez tout béant, drainez et contentez-vous de rétrécir un peu, à ses deux extrémités, la plaie cutanée. Si l'intervention a été précoce et que le conduit soit resté sain ou à peu près, rien n'empêche de le fermer sous la réserve de faire une bonne suture et par prudence de laisser un petit drain dans le foyer profond. »

D'après la lecture des observations publiées, il semble que cette opinion doive emporter tous les suffrages. Comme les parois sont rarement très altérées, que les infiltrations purulentes sont une exception, le chirurgien pourra presque toujours pratiquer la suture de l'œsophage. La principale contre-indication et presque la seule sera la profondeur à laquelle le chirurgien sera obligé de travailler. Si l'éclairage est insuffisant, si l'hémostase ne peut être parfaite, si l'état général du malade est mauvais, enfin si l'instrumentation nécessaire est imparfaite, ne pas hésiter longtemps et s'abstenir de faire la suture.

D'ailleurs sa nécessité est loin d'être démontrée. Si nous consultons les opérations pratiquées ces dernières années, nous voyons que certains chirurgiens s'en sont abstenus, que d'autres au contraire l'ont faite et que dans les deux cas le succès a légitimé leur conduite. Terrillon, Segond, Jalaguier font la suture de l'œsophage au catgut, le premier en surjet, les deux autres en points séparés. Le D^r Poirier met trois points de suture. Guillet de Caen s'abstient complètement.

Dans nos observations, la suture a été pratiquée dans certains cas et non dans d'autres avec des résultats à peu près équivalents. Dans la cinquième observation, l'enfant fut pris au bout de 8 jours de vomissements en quelque sorte incoercibles qui amenèrent du suc gastrique au contact de la plaie opératoire. La suture n'avait pas été pratiquée. Le chirurgien n'eut point à le regretter car la suture eût elle été faite qu'elle n'aurait pu résister aux efforts de vomissements de l'enfant.

D'une manière générale on doit pratiquer la suture de l'œsophage quand la chose est possible.

Mais une autre question se pose : doit-on faire la suture en un seul temps ou la suture en plusieurs étages ? Faut-il réunir la tunique muqueuse et la tunique musculieuse séparément ? Sur ce point, les avis diffèrent encore. Nous venons de voir que plusieurs chirurgiens se contentaient de mettre quelques points de suture sur l'œsophage et obtenaient des résultats satisfaisants.

A la suite des expériences du professeur Colin d'Alfort, Terrier propose la suture de la muqueuse seule : « On sait, dit-il, que cette muqueuse est très lâchement unie à la membrane contractile sous-jacente, ce qui rend possible sa suture isolée. De plus, grâce à cet artifice, la salive dont la sécrétion ne tarde pas à diminuer suit l'œsophage et ne s'infiltre pas dans les tissus. »

La règle de conduite actuelle basée sur les résultats publiés se résume ainsi : La suture de la muqueuse isolée est en général abandonnée. La majorité des chirurgiens font la suture en un seul temps en évitant de prendre la muqueuse.

Dans les cas rapportés dans nos observations où la suture a été pratiquée, le chirurgien ne fait pas la suture de la muqueuse. Il réunit par quelques points séparés au catgut la tunique musculaire, puis pratique une suture sus-jacente, en quelque sorte à la Lembert. Les résultats ont été parfaits.

Quant à la suture des plans cutanés, les chirurgiens n'ont plus la même diversité d'opinions. Quelques-uns

ont bien émis l'opinion de laisser la plaie guérir à ciel ouvert; mais ils sont l'exception. Cependant, doit-on faire une réunion absolue? Gay l'a tentée, et a obtenu dans un cas un résultat déplorable. Trois raisons majeures semblent devoir empêcher l'opérateur de faire une réunion immédiate et complète. La première, c'est qu'on n'est jamais absolument certain de l'antisepsie de l'opération, malgré les précautions prises. Une légère faute opératoire peut être suffisante pour inoculer la plaie. De plus, le corps étranger qu'on retire par la plaie est essentiellement septique, et peut entraîner avec lui des matières alimentaires non moins souillées. Enfin, on a vu combien l'occlusion de l'œsophage était difficile à obtenir, et combien il était difficile parfois de pratiquer la suture. Aussi est il de règle de placer un drain à la partie inférieure de la plaie, allant jusqu'au contact de l'œsophage, drain qu'on enlève au bout de deux ou trois jours, alors que l'état général est satisfaisant, et qu'aucun symptôme inflammatoire n'a fait son apparition.

B. — RÔLE DE LA SONDE OESOPHAGIENNE.

L'opération terminée, il faut songer à nourrir le malade le plus souvent épuisé par un jeûne, ou au moins par une diète prolongée. Pour cela, on peut avoir recours aux trois méthodes suivantes :

Dans la première, on alimente le malade comme dans une opération ordinaire; on fait l'alimentation directe à l'aide d'aliments liquides, tels que lait, bouillon. Pour

Terrier, il est nécessaire dans ce cas, que la suture de la muqueuse ait été faite. Pour Channac, cette précaution n'est pas nécessaire. Un tamponnement serré peut être suffisant à empêcher les aliments de venir souiller le champ opératoire.

Dans la seconde méthode, on fait observer au malade la diète absolue pendant les premiers jours et on se contente de prescrire des lavements nutritifs. Cette méthode a le grand avantage de laisser l'œsophage au repos.

Enfin la troisième méthode consiste à alimenter le malade par la sonde. Elle compte un très grand nombre de partisans.

L'alimentation exclusivement rectale, accompagnée d'injections de sérum artificiel est presque complètement abandonnée, et n'est plus considérée que comme un supplément et un adjuvant de l'alimentation buccale. De plus elle est difficile à appliquer car les lavements ne peuvent être donnés que sous un faible volume et l'on sait que leur absorption est loin d'être parfaite.

Aussi les chirurgiens nourrissent ils leurs opérés par la bouche, les uns directement, les autres avec la sonde. Pour les premiers, la sonde amènerait des désagréments chez l'enfant qui essaie sans cesse de l'enlever. On ne trouve point d'exemple où le malade n'ait pu la supporter et il suffit d'attacher les mains de l'enfant pour l'empêcher de l'arracher.

La sonde ne saurait empêcher tout contact des sécrétions naturelles, des glandes salivaires et autres des cavités buccales et pharyngiennes, avec la plaie

elle-même. Nous le reconnaissons volontiers mais il est évident que le contact des matières alimentaires sera une cause d'infection ou d'irritation beaucoup plus considérable encore.

Chez nos malades, l'alimentation par la sonde à demeure a toujours été pratiquée et dans aucun cas il ne s'est produit d'ennui.

Par où doit on passer la sonde ? Trois voies ont été employées, la voie buccale et nasale et la voie créée par la plaie œsophagienne. La voie buccale a été vite abandonnée à cause des efforts de vomissements que suscitait l'introduction de la sonde ; aussi a t on toujours recours à la voie nasale. Presque seul, Gangolphe de Lyon a employé la sonde à demeure introduite par la plaie œsophagienne. Ce procédé ne semble pas avoir conquis la faveur des chirurgiens car outre l'inconvénient de prolonger le temps de la guérison complète, il peut donner naissance à des fistules œsophagiennes ; Sanquirico en cite quelques cas dans sa thèse.

CHAPITRE IV

Complications consécutives à l'œsophagotomie externe.

Les auteurs classiques ne signalent pas de complications consécutives à l'œsophagotomie externe en dehors des complications qui peuvent survenir après toute intervention chirurgicale. Ils n'insistent que sur les complications hémorragiques et infectieuses que peut déterminer l'arrêt des corps étrangers dans l'œsophage. Nous avons dit que ces complications surviennent plus rarement qu'on ne le croit en général.

Mais nous avons été frappé en lisant les observations publiées et en relevant les nôtres par certains accidents et certaines causes de mort qui nous semblent devoir attirer l'attention. Nous avons pu en réunir un certain nombre de cas que nous allons résumer ici.

Makins pratiqua en 1897 l'œsophagotomie pour extraire un dentier. Pendant quelques jours, la plaie ne se cicatrise pas et a quelque vague ressemblance avec les plaies consécutives à l'opération de la gastrotomie ou à celles d'où s'échappe la sécrétion pancréa-

tique. Pour expliquer cet état de choses, il admet que le suc gastrique en plus ou moins grande quantité gagnait la blessure externe par attraction capillaire au moment où l'air sortait pendant l'expiration.

Dans notre deuxième observation, il s'agit d'un enfant de quatre ans qui avait avalé une pièce de monnaie. M. le Dr Dayot pratique l'œsophagotomie externe et extrait le corps étranger. Il réunit les divers plans cutanés et place un drain à la partie déclive. Une sonde passant par la narine droite et descendant jusque dans l'estomac avait été laissée à demeure. Les suites opératoires furent très bonnes pendant les huit premiers jours. Le drain fut retiré au bout de quatre jours et l'enfant s'alimentait par la sonde. Il se produisit quelques vomissements pendant cette période mais en très petit nombre. Au bout de huit jours, la sonde est retirée. A partir de ce moment, les vomissements augmentent de fréquence et d'intensité quoi que l'on fit pour les empêcher. En levant le pansement deux jours après, on constate que la ligne de suture a lâché à la partie inférieure et il s'écoule par là un liquide séro purulent. Les jours suivants, le mauvais état général s'accroît ; les vomissements continuent et bientôt la portion du cou située au niveau de la plaie opératoire est le siège d'une large ulcération allant jusqu'à la trachée et descendant des deux côtés de l'œsophage. Le fond est sanieux, rouge et semblable aux plaies qu'on observe dans les gastrostomies où le suc gastrique s'écoule par la fistule et digère en quelque sorte les tissus environnants. Malgré des lavages répé-

tés, malgré l'application de poudres alcalines, l'enfant meurt dans le coma 18 à 20 jours après l'opération. Il ne présente à aucun moment de lésions pulmonaires.

Par contre, des lésions pulmonaires ont été observées dans un assez grand nombre de cas et ont entraîné plusieurs fois la mort.

Reboul de Nîmes rapporte l'observation d'un enfant de trois ans et demi qui avait avalé une pièce de cinq centimes le jeudi 5 mai. L'enfant ne présente aucun trouble fonctionnel et la déglutition des aliments liquides se fait bien. L'œsophagotomie externe est pratiquée le mercredi suivant 18 mai dans de bonnes conditions. La veille et l'avant-veille l'enfant avait eu quelques quintes de toux sans importance.

Suites opératoires. — Pas de shock notable, pas de vomissements, quelques secousses de toux.

12 mai (2^e jour). — Température rectale, matin, 40°; soir 39°8. Soirée et nuit agitées.

13 mai (3^e journée). — T. R., matin 38°4; soir 37°8. L'enfant a un bon facies. Nuit calme.

14 mai (4^e journée). — T. R., matin 39°1; soir 39°9. L'enfant est de nouveau agité.

15 mai (5^e journée). — T. R., matin 40°2. Agitation un peu moindre mais l'enfant tousse.

Le pansement est enlevé, la plaie a bon aspect; il s'écoule de l'œsophage des mucosités grisâtres et des crachats mucopurulents qui ont été déglutis. A l'examen du thorax, on constate une broncho-pneumonie étendue à tout le poumon gauche. Dans l'après-midi la dyspnée augmente, le pouls devient incomptable et l'enfant meurt à 5 heures du soir.

Dans une de nos observations, il s'agit d'un enfant de quatre ans qui a avalé un sou que ses parents lui avaient donné. L'état général est très satisfaisant et les troubles fonctionnels très peu accentués. L'œsophagotomie externe est pratiquée deux jours après dans de bonnes conditions. Les parents racontent que l'enfant a eu quelques accès de toux pendant ces deux jours. Le soir de l'opération, l'enfant présente une température rectale de 40°5, le pouls est très rapide et la dyspnée considérable. Des injections de sérum artificiel sont faites et le soir vers 9 heures la température rectale est de nouveau reprise et s'élève à 40°6. La dyspnée s'accroît, le pouls augmente de rapidité et l'enfant meurt le lendemain matin. L'autopsie pratiquée 24 heures après révèle une broncho-pneumonie du côté gauche.

Dans un autre cas, on se trouve en présence d'une petite fille qui a avalé une fève. On l'amène à l'Hôtel-Dieu où l'on extrait le corps étranger par l'œsophagotomie externe. Les suites opératoires semblaient devoir être normales lorsque l'enfant présenta tous les symptômes de la broncho-pneumonie et succomba huit jours après l'accident.

Comment ne pas rapprocher de ces faits, celui de Nové-Josserand publié dans la thèse de Channac.

André P..., âgé de 6 ans et demi a avalé un noyau de pêche le 3 juillet et subit l'opération le 9 juillet. La veille au soir la température est de 38°2 et le 9 au matin de 39°. L'œsophagotomie externe est faite rapidement et le noyau est extrait. Après

l'opération, l'état général déjà peu satisfaisant est de plus en plus mauvais dans la journée ; le soir, la température est de 39°4 et l'enfant meurt le lendemain matin avec 40° de température.

Cet autre cas de Keen professeur à Philadelphie est non moins frappant.

Ella D..., âgée de 13 mois avait avalé un noyau de fruit que la radiographie révéla au niveau des quatrième et cinquième vertèbres cervicales. L'œsophagotomie est pratiquée .., le noyau est découvert et extrait.

Le 1^{er} avril, c'est-à-dire deux jours après l'opération, l'enfant teta pour la première fois et mangea très bien. Tout allait pour le mieux, lorsque le 3 avril, il devint agité et mourut à 3 heures de l'après-midi. La température s'était élevée à 40°1.

Nous ajouterons à ces observations celle que Broca a rapportée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* du 2 décembre 1896. Il s'agit d'un enfant de 6 mois qui aurait pris quelques mois auparavant une cuillerée d'ammoniaque au lieu d'une cuillerée de potion. L'opération révéla la présence d'une poche œsophagienne grosse comme un œuf où se trouvaient quatre petits cailloux. Le soir de l'opération survint de la suffocation et on pratiqua le tubage. Le tube ayant été rejeté dans la nuit il fut remplacé quelque temps après. L'alimentation se fit bien, mais bientôt l'enfant se mit à tousser ; la température qui était de 38° (température rectale) monta

le soir à 39°4, puis 39°6 et la mort survint six jours après l'opération. L'autopsie révéla dans les deux poumons, à gauche surtout, des noyaux disséminés de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Enfin Sébilleau observa chez un opéré une sorte de bronchite spasmodique sévère qui ne donna jamais lieu à aucun phénomène d'auscultation mais qui s'accompagna d'une très grande anxiété respiratoire et pendant plusieurs jours d'une abondante expectoration striée de sang.

Ces troubles pulmonaires ont toujours été mis sur le compte de l'anesthésie ou attribués au mauvais état général ou au jeune âge de l'opéré. Nous croyons que ces deux causes interviennent fréquemment et qu'une large part doit leur être faite dans la mortalité. Mais on ne peut expliquer ainsi la répétition fréquente des troubles respiratoires et surtout ce fait qu'ils commencent à apparaître avant l'opération et dès l'arrêt dans l'œsophage d'un corps étranger.

Ne se pourrait-il pas que la présence d'un corps étranger dans l'œsophage soit l'origine de phénomènes réflexes qui mettraient en état de moindre résistance l'arbre respiratoire et faciliteraient son envahissement par les organismes microbiens ? Comment expliquer autrement que par des phénomènes réflexes, les troubles gastriques qui ont été observés ?



OBSERVATIONS

Observation I

(Communiquée par M. le professeur DAYOT).

Le nommé M... Georges, âgé de 10 ans et demi, enfant assisté de la Seine, entré le 19 décembre 1896 dans le service de chirurgie (enfants), raconte qu'il y a quatre jours, étant au catéchisme, il avait mis dans sa bouche une pièce de dix centimes, lorsque le vicaire chargé de l'instruction des enfants lui posa inopinément une question. Surpris et ému, il avala la pièce de monnaie qui s'arrêta à la gorge.

Les antécédents héréditaires de cet enfant sont inconnus.

Les antécédents personnels sont négatifs ; l'enfant a toujours joui d'une bonne santé et a l'aspect d'un vigoureux sujet.

Depuis son accident, le jeune M... souffre dès qu'il veut avaler. Il ne peut rien déglutir et a de fréquentes vomiturations. Il n'a pas dormi depuis quatre jours.

A son entrée à l'hôpital, l'inspection ne donne aucun renseignement. Le palper du cou ne détermine aucune douleur. On ne perçoit rien par le toucher buccal qui est d'ailleurs très diffi-

cile. Le cathétérisme essayé avec précaution donne des accès de suffocation et doit être rejeté.

Les troubles fonctionnels sont accusés; l'enfant crachote continuellement. On essaie de lui faire prendre du lait qu'il avale avec difficulté et rejette aussitôt.

La température est normale ; le pouls un peu fréquent : (110).

Du côté du thorax, on ne constate aucun signe : il n'y a pas de gêne de la respiration. La percussion, l'auscultation sont négatives.

Il en est de même de l'examen de l'abdomen.

Urines peu abondantes mais normales.

En présence des difficultés de l'exploration directe par le cathétérisme de l'œsophage, l'enfant est transporté à la Faculté des Sciences au laboratoire de M. le professeur de physique Moreau. L'épreuve radioscopique et radiographique est très nette. La pièce de monnaie, l'enfant dans la rectitude parfaite, se voit très facilement de face au niveau de la première pièce du sternum. Je décide de pratiquer l'œsophagotomie externe le lendemain.

Opération : Précautions antiseptiques d'usage. Anesthésie générale à l'éther et au chloroforme.

Incision très près de la ligne médiane et à gauche allant du corps thyroïde au sternum.

Recherche du nerf récurrent et du paquet vasculo-nerveux carotidien.

Incision de l'œsophage.

Recherche de la pièce de monnaie.

On ne sent, ni ne trouve aucun corps métallique : l'introduction d'une longue sonde se fait aisément jusque dans l'estomac et comme j'entends dire par un assistant quelque peu ignorant que l'œsophage n'a pas été ouvert, une sonde œsopha-

gienne est introduite de bas en haut et apparaît entre les arcades dentaires.

Sonde à demeure ; suture à étages ; drain de caoutchouc et mèches de gaze iodoformée dans l'angle inférieur de la plaie.

L'externe chargé de l'anesthésie m'a fait observer que le petit malade avait présenté, pendant qu'on l'endormait, de violents accès de suffocation avec efforts de déglutition et qu'il lui semblait probable que le corps étranger avait dû tomber dans l'estomac.

Suites opératoires très simples : aucun accident. L'alimentation se fait aisément par la sonde au moyen d'aliments liquides. Le 7^e jour, la sonde est enlevée ; la plaie est cicatrisée à part l'extrémité inférieure qui est encore drainée et qui laisse sortir un peu de liquide séro-purulent.

L'enfant est alors reconduit à la Faculté des Sciences pour voir ce qu'est devenu le corps étranger. Chaque jour, depuis l'opération, l'inspection des selles avait été faite et n'avait rien décelé d'anormal.

L'examen radioscopique permet d'apercevoir la pièce de monnaie au même lieu, mais elle a subi un léger déplacement latéral vers la gauche. Elle ne se présente plus aussi nettement de face. On procède à une nouvelle opération le lendemain.

Deuxième opération : Incision sur la cicatrice : l'œsophage est ouvert à nouveau dans le cours de l'intervention. En prolongeant les recherches, on finit par découvrir le corps étranger sur les muscles prévertébraux derrière l'œsophage dont la paroi postérieure est absolument saine. Cette pièce était pour ainsi dire enkystée dans une petite cavité rétro-pharyngienne contenant un peu de liquide louche.

Sonde à demeure ; pas de suture œsophagienne ; large drainage de l'anfractueuse cavité périœsophagienne.

Suites opératoires très bénignes ; sonde retirée au 10^e jour.

Guérison de la plaie œsophagienne en douze jours ; guérison de la plaie du cou en un mois.

On a eu des nouvelles de l'enfant deux ans après cette œsophagotomie ; la partie supérieure du tube digestif fonctionnait parfaitement.

Observation II

(Communiquée par M. le professeur DAYOT).

La jeune M... âgée de cinq ans est amenée à la clinique de Sainte-Anne par ses parents, le 29 septembre 1902. Elle a avalé la veille une broche ayant la forme d'une médaille et à peu près les dimensions d'une pièce de deux francs.

L'enfant est vigoureuse et n'a pas eu d'autre maladie que la rougeole très bénigne d'ailleurs dans ses suites, il y a dix-huit mois passés.

Elle ne tousse pas et n'est pas sujette à s'enrhumer

Le cou est court et adipeux.

La déglutition est douloureuse et difficile ; elle avale cependant un peu de liquide mais pas d'aliments solides.

L'examen du cou à l'inspection et au palper est négatif. On réveille toutefois de la douleur au niveau de la fourchette sternale en déprimant la face antérieure du cou dans la région de l'œsophage.

Pas d'examen direct par la bougie exploratrice.

Examen radioscopique positif. La broche donne une image

circulaire très nette qui répond à la première pièce du sternum. On voit à droite de l'image un prolongement linéaire débordant sa circonférence de quelques centimètres : c'est la pointe de l'épingle qui entre dans la constitution de la broche. Cette disposition s'oppose à toute tentative d'extraction par les voies naturelles, le corps étranger devant se trouver fixé dans la muqueuse œsophagienne.

30 septembre. — Œsophagotomie externe sans difficultés ; sonde œsophagienne à demeure ; pas de suture de l'œsophage ; suture des parties molles ; drainage à la partie inférieure de la plaie.

Sonde retirée le huitième jour et a été très bien tolérée. Plaie œsophagienne guérie le dixième jour. Aliments solides au quinzième jour. Guérison complète en 21 jours.

Observation III

(Communiquée par M. le professeur DAYOT).

Le nommé J... Guillaume, 52 ans, des environs de M... entre à la clinique Sainte-Anne de Rennes le mardi 23 septembre 1902.

Il raconte que lundi soir, étant endormi depuis peu de temps, il fut réveillé brusquement par un accès de suffocation. Il éprouvait une vive douleur à la base du cou et l'impossibilité d'avaler sa salive. Il constatait en même temps l'absence d'une pièce dentaire qui s'était détachée pendant son sommeil et avait pénétré dans le tube digestif.

Il est célibataire et n'a jamais eu de maladie sérieuse. Il est grand, vigoureux et de très bon aspect.

Père et mère morts. Un frère et deux sœurs vivants, jouissant d'une très bonne santé.

L'inspection ne révèle rien pas plus que le palper. Cependant l'exploration réveille une vive douleur à gauche et au-dessous du cricoïde. Une bougie exploratrice est arrêtée dans sa course à 18 centimètres de l'arcade dentaire.

Troubles fonctionnels. Déglutition impossible; la salive est rejetée au dehors.

Examen radioscopique. On voit sur l'écran^e une ombre de forme allongée transversalement, située au-dessous du cricoïde et répondant assez bien à la description du corps étranger: c'est une pièce de caoutchouc en forme de gouttière supportant quatre dents et présentant à ses deux extrémités de petites pointes en forme de crochet.

OEsophagotomie externe le mercredi 24. Anesthésie mixte à l'éther et au chloroforme.

Procédé habituel. Incision œsophagienne de 5 centimètres.

Grandes difficultés pour dégager le corps étranger fixé. Après plusieurs tentatives, mouvement de bascule et redressement de la pièce dentaire qui est brusquement refoulée et tombe dans l'arrière-pharynx. Aussitôt le malade est pris de suffocation et menace d'asphyxier. On le place rapidement en position déclive et on réussit non sans peine à saisir le corps étranger avec une pince au fond de la gorge.

Pas de suture de l'œsophage. Sonde à demeure. Drainage.

Suites opératoires simples. Guérison 13 jours après l'opération.

Observation IV

(Communiquée par M. le professeur DAYOT).

Eugénie B..., âgée d'un an environ, a avalé, au dire des parents, une fève qui s'est arrêtée dans son œsophage. Elle a eu, au moment de l'accident, un violent accès de suffocation, accompagné de nausées et de vomissements.

La déglutition des aliments même liquides est impossible et l'enfant porte la main à son cou comme pour indiquer où siège l'obstacle.

L'inspection ne révèle rien ni le palper. On essaie d'introduire une sonde œsophagienne mais les efforts de vomissements et les troubles respiratoires que détermine cette manœuvre font renoncer à ce moyen d'exploration.

L'œsophagotomie externe est pratiquée. Incision antérolatérale presque médiane ; mise à nu du bord gauche de la trachée et recherche de l'œsophage. Ouverture de celui-ci sur une longueur de 2 centimètres et extraction du corps étranger avec une pince.

Au milieu de l'opération, l'enfant fut prise tout à coup d'un spasme de la glotte ; l'asphyxie était imminente et la petite malade allait infailliblement succomber lorsque la trachéotomie faite instantanément permit l'introduction d'une canule.

Pas de suture œsophagienne ; réunion des plans musculaires et cutanés ; sonde à demeure ; drain à la partie inférieure de la plaie.

Suites opératoires : ne présentent d'abord rien d'anormal. La

sonde est bien supportée et l'alimentation liquide se fait bien. La canule est changée le deuxième jour.

Mais peu de temps après, l'enfant est prise de quintes de toux dont la fréquence ne tarde pas à augmenter. En même temps, le pouls augmente de rapidité, la température s'élève et la dyspnée s'accroît. La mort survient par broncho-pneumonie sept jours après l'opération.

Observation V

(Recueillie dans le service de M. le professeur DAYOT).

G... Lucien, âgé de 4 ans entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 19 mars 1902. Ses parents racontent que, deux jours auparavant, l'enfant a avalé une pièce de cinq centimes.

La radiographie montre que la pièce de monnaie est arrêtée au niveau d'un plan passant par la fourchette sternale.

L'œsophagotomie externe est pratiquée sans aucune espèce de difficulté. Sa durée approximative est de vingt minutes. L'incision porte sur la partie médiane du cou, au-dessous du larynx et un peu à gauche. Reconnu la trachée qui est légèrement écartée sur la droite puis découverte de l'œsophage et incision de 2 à 3 centimètres sur sa partie médiane. On introduit par cette brèche une pince de Kocher avec laquelle on extrait le corps étranger.

Pas de suture de l'œsophage.

Suture de la peau; un drain est placé à la partie déclive de la plaie. Une sonde passant par la narine droite, descend jusqu'à l'estomac.

Suites opératoires. — Très bonnes pendant les huit premiers

jours. Le drain est retiré au bout de quatre jours. L'enfant s'alimente par la sonde. Quelques vomissements surviennent pendant cette période, mais en très petit nombre.

Au bout de huit jours, la sonde est retirée. A partir de cette date, l'enfant vomit constamment, quoi que l'on fasse pour l'en empêcher. Il commence à maigrir, pleure continuellement et se plaint.

En levant le pansement deux jours après, on constate que la ligne de suture a lâché à la partie inférieure, au point où était placé le drain, et qu'il s'écoule par là un liquide séro-purulent.

Pas d'amélioration les jours suivants ; une nouvelle ouverture se fait au haut de l'incision. Entre ces deux brèches, la peau est violacée, amincie et décollée.

Les deux orifices sont réunis par un coup de ciseau. Toute la portion du cou siégeant à ce niveau, est le siège d'une vaste ulcération de 4 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur, allant jusqu'à la trachée, et descendant des deux côtés vers l'œsophage.

Le fond est sanieux et rouge.

Les vomissements continuent. On couvre la plaie de bicarbonate de soude, et on répète les lavages de l'ulcération. Malgré tout, la plaie descend sur le sternum, rongant la peau de plus en plus, de sorte que les gros vaisseaux de la base du cou sont mis à nu, et qu'on craint à tout instant de voir apparaître une perforation de la carotide.

L'enfant s'affaiblit de plus en plus, et meurt bientôt dans le coma 18 à 20 jours après l'opération.

A aucun moment, si ce n'est tout à fait à la fin, il n'a présenté de lésions pulmonaires.

Observation VI

(Recueillie dans le service de M. le professeur DAYOT).

Joseph E..., âgé de 11 ans, avait avalé le samedi 21 juin 1902, en jouant avec ses camarades, une pièce de dix centimes qu'il tenait entre ses dents. Les parents appelèrent un médecin qui l'envoya à l'Hôtel-Dieu le 23 juin.

A son entrée, l'enfant ne présente pas de signes fonctionnels bien accusés. Toutefois, l'ingestion des aliments solides est impossible, et la douleur est réveillée par les mouvements de déglutition.

L'examen radiographique pratiqué le jour même montra la pièce de monnaie arrêtée à la partie inférieure de la portion laryngienne du pharynx.

L'œsophagotomie externe est pratiquée et le corps étranger est extrait avec facilité.

Incision presque médiane. Sonde à demeure. Suture de l'œsophage et des plans musculaires. Drain placé à la partie inférieure de la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le drain fut enlevé au bout de trois jours et la température ne dépassa pas 37°5. La guérison fut rapide et le malade put quitter l'hôpital quatorze jours après l'opération.

Observation VII

(Recueillie dans le service de M. le professeur DAYOT).

Joseph R..., âgé de 4 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 2 février 1903.

On ne relève chez lui aucun antécédent héréditaire morbide. Ses parents jouissent d'une bonne santé habituelle ; il a un frère et une sœur qui sont également bien portants.

Lui-même n'a jamais eu de maladie sérieuse. *

La veille, vers 8 heures du matin, l'enfant avala une pièce de cinq centimes en s'amusant. Au moment de l'accident, il se mit à pleurer et à se plaindre d'avoir dans la gorge quelque chose qui le gênait dans les mouvements de déglutition. Des vomissements alimentaires survinrent qui durèrent toute la journée et la nuit suivante. Il n'y eut pas de crises d'asphyxie. Dans l'intervalle on donna à l'enfant de la bouillie et des gâteaux qu'il avala sans difficultés. Le lendemain, il eut une selle qui, examinée par les parents, ne contenait pas la pièce de monnaie. Le même jour, un médecin appelé le fit entrer à l'hôpital.

Les symptômes physiques et fonctionnels sont à peu près nuls ; mais la radiographie montre le sou arrêté dans l'œsophage au niveau de la partie inférieure de la deuxième vertèbre dorsale.

L'œsophagotomie externe est pratiquée. Incision presque sur la ligne médiane. Découverte de la trachée et du nerf récurrent. L'œsophage est attiré à gauche et incisé sur une longueur de un centimètre et demi. Le corps étranger est saisi avec une pince et extrait facilement.

Suture de l'œsophage ; réunion des plans musculo-cutanés ; drainage.

Les suites opératoires semblaient devoir être très normales. Il n'en fut rien. Le soir même de l'opération, l'enfant présenta une température rectale de 40°2 ; les mouvements respiratoires étaient très fréquents et le pouls petit et rapide. On fait des injections de sérum artificiel. La température est prise de nouveau et s'élève à 40°6. La dyspnée augmente ; le pouls devient incomptable et l'enfant meurt le lendemain de l'opération à 6 heures du matin.

L'autopsie révéla la présence d'une broncho-pneumonie dans le poumon gauche.

CONCLUSIONS

Malgré tous les perfectionnements de la chirurgie et le développement de l'antisepsie, un grand nombre d'observations démontre que l'œsophagotomie externe doit rester un procédé d'exception en quelque sorte pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Les autres procédés sont suffisants dans la grande majorité des cas.

Dans le mode opératoire de l'œsophagotomie, on peut avantageusement substituer à l'incision latérale ou médiane une incision mixte ou antérolatérale. On arrive ainsi très rapidement sur la trachée qu'on choisit comme point de repère pour découvrir l'œsophage. Ce procédé permet de pratiquer instantanément la trachéotomie si l'asphyxie vient à se produire, causée soit par l'anesthésique, soit par une obstruction du larynx impossible à prévoir au cours de l'intervention, soit par un spasme de la glotte.

Il est démontré que l'œsophagotomie externe doit être pratiquée le plus tôt possible ; il est non moins

vrai que l'œsophage est d'une tolérance remarquable pour les corps étrangers. Cette tolérance s'explique par un processus de défense tout particulier de cet organe. Il se forme des adhérences fibreuses qui entourent le corps étranger et qui finissent par se confondre avec le tissu conjonctif péri-œsophagien.

Ce processus tutélaire permet également d'expliquer la rareté des complications hémorragiques et infectieuses.

Quant aux complications pulmonaires et aux troubles gastriques qu'on observe après l'œsophagotomie externe et qui assombrissent le pronostic de cette opération, il est difficile de les expliquer autrement que par des phénomènes réflexes.

Vu : le président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen de la Faculté,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- F. Terrier.** — Thèse de doctorat ; Paris, 1870.
- Duplay.** — *De l'œsophagotomie externe.* Arch. gén. de médecine, 1871, t. I.
- Lannelongue.** — Bull. soc. de chirurgie, 1880.
- Mouton.** — Thèse Paris, 1881.
- A. Richet.** — *Corps étranger de l'œsophage.* France médicale. Paris 1888. T. I.
- Périer.** — *Œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchettes.* Mercredi médical. Paris 1890, p. 212.
- Terrillon, Berger, Segond, Jalaguier, Félizet.** — Bullet. Soc. de chir., 1893.
- Gaillard.** — Thèse, Lyon 1894.
- Tillaux.** — Anatomie topographique.
- Schramm.** — Wiener med. Woch. 1895.
- Félizet et Branca.** — Traité des maladies de l'enfance, t. II.
- Gangolphe.** — *Œsophagotomie externe pour corps étranger.* Lyon médical, 1895.
- Froelich, Chavier.** — *Œsophagotomie.* Arch. prov. de chirurgie 1894.
- Féodoroff.** — Gazette hebdomadaire, 1895.
- Reboul, Laval, etc.** — Bull. soc. chir., 1895, 1898, 1899.
- Sautieux.** — Thèse, Paris 1895-1896.
- Mage.** — Thèse, Paris 1895-1896.
- Lemaistre.** — *De l'œsophagot. ext. chez les enfants à la mamelle.* Journal de cliniq. et thérap. infantile, 1897.

- Snijder.** — *Œsophagotomie pour l'ablation d'un dentier.* New-York, med. J. 20 sept. 1897.
- Péan.** — *Œsophagot. ext. avec radiographie.* Bull. acad. de méd., 8 déc. 1896.
- Makins.** — *Œsophagot. ext. pour corps étranger, compliqué d'emphysème cellulaire* Brit. med. J., 16 oct. 1897.
- Monnier.** — *Œsophagotomie ext. chez un enfant.* Presse médicale, 1897.
- Jaboulay.** — Lyon médical. 1898.
- Sanquirico.** — Thèse, Paris 1899-1900.
- Lejars.** — Traité de chirurgie d'urgence.
- Broca, Poirier, Séliveau.** — Bull. soc. de chir. 1901-1902-1903.
- Channac.** — Thèse, Lyon 1900-1901.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	7
CHAPITRE I. — Histoire clinique des corps étrangers de l'œso- phage et phénomènes auxquels donne lieu leur séjour dans cet organe	11
CHAPITRE II. — Des diverses méthodes de traitement des corps étrangers œsophagiens et en particulier des indications de l'œsophagotomie externe.	18
A. — <i>Extraction.</i>	19
B. — <i>Propulsion</i>	28
C. — <i>Indications de l'œsophagotomie externe</i>	30
CHAPITRE III. — Manuel opératoire de l'œsophagotomie externe et soins consécutifs.	32
A. — <i>Suture de l'œsophage.</i>	38
B. — <i>Rôle de la sonde œsophagienne</i>	41
CHAPITRE IV. — Complications consécutives à l'œsophagotomie.	44
Observations.	51
CONCLUSIONS.	63
BIBLIOGRAPHIE	65

